



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Office of Food & Nutrition Services

Padre de familia/Guardián: Devuelva este formulario a la **enfermera** en la escuela de su hijo(a). La enfermera luego informará al personal escolar y a la Oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición sobre las necesidades de su hijo(a).

Enfermera: Envíe el formulario por Fax al (202) 442-5634 o escanee a food.dcps@dc.gov

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUSTITUTO PARA LA LECHE LÍQUIDA Año Escolar 2015-2016

1. Nombre del estudiante	2. Número de Identificación (ID) del estudiante (si lo conoce)	3. Fecha de nacimiento
4. Escuela		5. Grado/salón de clases
6. Nombre del padre de familia/tutor legal		7. Número de teléfono ()
<p>8. El estudiante que se menciona arriba no tiene una discapacidad; sin embargo, está solicitando un sustituto para la leche líquida debido a una necesidad médica u otra necesidad alimentaria especial. Este formulario no tiene el objetivo de adaptarse a los estudiantes que toman sustitutos para la leche líquida tales como leche de soya debido a preferencias en base al gusto. Las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (EPDC) tienen el poder de decisión para seleccionar una marca específica del sustituto para la leche dado que los productos aceptables deben cumplir con los requisitos para los nutrientes especificados por el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA). A los estudiantes con necesidades médicas o alimentarias especiales no se les puede ofrecer jugo como sustituto para la leche líquida que si sus necesidades no están a nivel de una discapacidad.</p> <p>Esta declaración escrita continuará en vigencia hasta el final del año escolar en el que se recibe. El padre de familia o el tutor legal del estudiante debe firmar este formulario.</p>		
<p>9. Necesidades médicas u otras necesidades alimentarias especiales que requieren un sustituto para la leche líquida: (NOTA: si el estudiante tiene un intolerancia a los productos lácteos que requiere sustituciones de comidas además de la sustitución de la leche, complete un formulario de Declaración Médica para Solicitar Adaptaciones Alimentarias).</p>		
<p>10. <input type="checkbox"/> Marque si el estudiante participa en un programa después del horario regular de clases donde se proporciona una merienda o cena ligera de las EPDC y necesita una adaptación.</p>		
11. Firma del padre de familia/tutor legal	12. Nombre del padre de familia/guardián en letra de imprenta	13. Fecha

Nota: Cuando sea necesario, la información en este formulario debe ser actualizada a fin de reflejar las necesidades médicas y/o nutricionales actuales del estudiante.